

Contribution à l'étude du cancer du sein chez l'homme

THÈSE

PRÉSENTÉE A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE L'UNIVERSITÉ DE GENÈVE
POUR L'OBTENTION DU GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

Ivoïñ Payïtch
(Serbie)

Thèse N^o 1163

GENÈVE
IMPRIMERIE DU COMMERCE, BOULEVARD CARL-VOGT, 79

—
1926

UNIVERSITÉ DE GENÈVE — FACULTÉ DE MÉDECINE
CLINIQUE MÉDICALE — PROFESSEUR: D^r M. ROCH

Contribution à l'étude du cancer du sein chez l'homme

THÈSE

PRÉSENTÉE A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE L'UNIVERSITÉ DE GENÈVE
POUR L'OBTENTION DU GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

Ivoïn Payïtch
(Serbie)



Thèse N° 1163

GENÈVE
IMPRIMERIE DU COMMERCE, BOULEVARD CARL-VOGT, 79

1926

*La Faculté de Médecine, sur le préavis favorable
de Monsieur le Professeur Roch, autorise l'impression de
la présente thèse, sans prétendre par là émettre d'opinion
sur les propositions qui y sont énoncées.*

Genève, le 24 juin 1925.

Le Doyen.

H. Cristiani.

A la mémoire de mon père

A ma mère et à mes frères

Avant d'aborder le sujet de ce travail, qu'il nous soit permis d'exprimer notre profonde reconnaissance à Monsieur le Prof. M. ROCH, pour la bienveillance qu'il nous a témoignée dans le cours de nos études.

Nous remercions de même sincèrement Monsieur le Dr S. KATZENELBOGEN, Privat-docent à l'Université, pour les précieuses indications qu'il nous a fournies pendant l'élaboration de ce travail.

INTRODUCTION

Nous avons eu l'occasion d'observer dans le service du Professeur Roch un malade atteint de récidence locale et de métastases cancéreuses, survenues environ quatre ans après l'extirpation du carcinome du sein droit.

Etant donné que cette dernière affection si commune chez la femme, est relativement rare chez l'homme, il nous a paru intéressant de reprendre son étude clinique.

L'exposé détaillé de notre observation personnelle est suivi des résumés de cinq observations recueillies dans la littérature qui nous paraissent les plus démonstratives.

HISTORIQUE

Le cancer du sein chez l'homme a été signalé en 1778 déjà : c'est un médecin français LEDRAN qui en fait mention pour souligner sa rareté.

DUSSAUSOY dans sa thèse « Sur la gangrène des Hôpitaux » présentée à l'Université de Genève en 1787 fait part de ses essais de guérir un homme atteint du cancer du sein par l'inoculation de la pourriture de l'Hôpital.

NELATON dans sa thèse sur les tumeurs du sein (1839) parle de deux cas d'opération du cancer du sein chez l'homme.

Trois ans plus tard LISFRANC fait une communication à l'Académie de Médecine sur l'opération d'un cancer du sein chez l'homme.

En 1858 VÉLPEAU déclare avoir observé lui-même 13-14 cas.

Depuis cette époque, l'attention ayant été attirée sur cette affection, chez l'homme, les observations se multiplient et en 1872 HORTELOUP fait sa thèse sur 70 cas recueillis dans la littérature. Mais il convient de faire des réserves sur le diagnostic qui le plus souvent n'était pas contrôlé par l'examen histologique. Malgré la rareté de cette affection chez l'homme surtout frappante par rapport à la grande fréquence du cancer du sein chez la femme, l'on trouve dans la littérature des statistiques portant sur un grand nombre de cas :

C'est ainsi que CHENET fait en 1876 une étude sur 70 cas, SCHUCHARDT en 1887 sur 469 cas, et WILLIAMS en 1889 sur 100 cas de cancer du sein chez l'homme.

Comme travaux plus récents il faut signaler l'étude de 5 cas de carcinome du sein chez l'homme par KEYSER en 1904 ; le travail de MÖHNLE portant sur 248 cas (1819) ; enfin 2 cas de cancer du sein chez l'homme rapportés par R. KUMMER en 1923, dont l'un a été suivi par nous pendant la période de récurrence et de métastases.

LA FRÉQUENCE

DES CANCERS DU SEIN DE L'HOMME COMPARÉE A CELLE DE LA FEMME

La rareté relative du cancer du sein chez l'homme devient particulièrement évidente lorsqu'on la compare aux multiples cas observés chez la femme. Les chiffres suivants puisés au hasard dans la littérature sont très démonstratifs :

D'après la statistique de A. MARSDEN portant sur 4356 cas de cancer du sein, se trouvent 4281 femmes et 75 hommes. Sur 1440 cas recueillis par E. GURLT dans trois hôpitaux de Vienne, se trouvent 1432 femmes et 8 hommes.

Les données de TORÖK et WITTELSHÖFER se rapportent à 366 cas de cancer du sein, dont 363 femmes et 3 hommes.

Dans une étude de A. HENRY sur 200 cas de cancer du sein, ce dernier est signalé 4 fois chez l'homme.

Dans la statistique de WILLIAMS nous trouvons le cancer du sein chez 8 hommes pour 1432 femmes.

MÖHNLE signale 248 cas de cancer du sein chez l'homme pour 16,346 cas chez la femme.

Sur 1416 cas de carcinome du sein de KEYSER, 10 cas seulement sont enregistrés chez l'homme.

Enfin, sur 307 cas de carcinome du sein traités par WALFRIED se trouvent 3 hommes.

En résumé, les statistiques de nombreux auteurs que nous venons de citer montrent que l'homme n'est atteint de cancer du sein que dans la proportion de 2% environ du nombre que l'on rencontre chez la femme.

OBSERVATIONS

OBSERVATION PERSONNELLE. — Le malade que nous avons observé dans le service du Professeur ROCH a fait en 1920 un séjour dans le service chirurgical du Professeur KUMMER. Nous empruntons quelques données anamnésiques sur les antécédents de ce malade à l'observation publiée par R. KUMMER dans le *Lyon chirurgical* 1923, p. 585.

Le 17 juin 1920 le malade entre dans le service du Professeur KUMMER pour une tumeur du sein droit. Comme antécédents héréditaires on note que sa mère serait morte d'un cancer de l'utérus. Le malade n'aurait jamais fait de maladies sérieuses, sauf une pleurésie droite à l'âge de 19 ans, signalée par le malade pendant son séjour dans le service du Professeur ROCH.

La tumeur a été remarquée 2 ans avant l'entrée du malade dans le service du Professeur KUMMER. Absolument indolore, elle n'aurait augmentée de volume que depuis 8 mois. La tumeur ayant brusquement changée de couleur, étant devenue en un jour bleuâtre, le malade va consulter un médecin qui l'envoie dans le service de chirurgie.

On constate une tumeur de la grosseur d'une mandarine, indolore, très dure, bosselée, fortement adhérente à la peau et aux plans profonds. Le mamelon est retracté, étalé, plus grand et plus haut situé que celui du sein gauche. Il existe un ganglion axillaire. Après deux séances de rayons (de 10 x) le malade est opéré le 23 juin 1920 : Ablation large de la peau, de la tumeur, des muscles pectoraux et du paquet adipo-ganglionnaire de l'aisselle.

Le Dr GLOOR, assistant à l'Institut Pathologique, examine la pièce et fait le diagnostic anatomique de cancer squirreux du sein avec métastases ganglionnaires.

Les suites opératoires sont normales, guérison après première intention.

Avant sa sortie du service chirurgical, le malade est traité aux rayons X, il reçoit en plusieurs séances 40 X.

En janvier 1922 le Professeur KUMMER revoit le malade et constate qu'il n'existe aucune récurrence, ni locale, ni ganglionnaire ; l'état général est excellent ; il persiste une légère diminution de la force du bras droit à l'élévation.

En septembre 1922 le malade fait un court séjour dans le service de médecine du Professeur ROCH pour phlébite du bras droit ; on ne constate alors aucun signe de récurrence du cancer ou de métastases.

Le 28 avril 1923 le malade est revu par le Professeur KUMMER qui constate toujours la persistance d'une légère diminution de la force du bras droit ; en revanche la cicatrice opératoire est souple, pas de récurrence, pas de ganglions, l'état général du patient est excellent.

Le malade rentre dans le service du Professeur ROCH le 13 mai 1924. Les renseignements complémentaires sur ses antécédents peuvent être résumés comme suit :

En août 1923, après avoir fait un effort pour soulever une masse lourde, le malade est pris de violentes douleurs intercostales gauches pour lesquelles il fait un séjour de 10 jours à la clinique chirurgicale. Ayant quitté l'Hôpital il reprend son travail, quoique les douleurs n'aient pas complètement disparues.

En janvier 1924, il fait une pneumonie droite ; depuis les douleurs intercostales deviennent plus violentes, elles surviennent surtout par crises, et s'irradient parfois jusqu'aux épaules. Elles sont calmées par la position horizontale, de sorte, que les nuits sont meilleures que les jours.

En outre, le malade perd l'appétit, il a du dégoût pour tout aliment et spécialement pour la viande, il a beaucoup maigri.

En résumé, le malade souffre de douleurs intercostales gauches constantes, avec exacerbation paroxystique, douleurs accompagnées d'anorexie et de fort amaigrissement.

Status d'entrée : Vieillard assez amaigri, de teint cachectique, très dyspnéique. Récidive du carcinome du sein droit sans atteinte ganglionnaire constatable.

Le sein gauche apparemment normal est douloureux à la palpation et à la respiration forcée. Le foyer maximum de la douleur se trouve sur la ligne axillaire antérieure à deux travers de doigts du sein gauche. La percussion de la colonne vertébrale et la pression axiale sont indolores.

Système respiratoire : La percussion de l'hémithorax gauche est douloureuse. A l'auscultation on entend des ronchis dûs à la bronchite chronique dont le malade souffre depuis 10 ans.

Dans les autres systèmes l'examen clinique ne révèle rien de particulier, sauf le choc de la pointe cardiaque un peu large et le premier bruit prolongé.

13 mai. — *Radioscopie :* Ventricule gauche augmenté de volume. Aorte large et allongée. Ombre dans le médiastin postérieur et sur le trajet de l'aorte descendante.

Le diaphragme droit est normal.

Le diaphragme gauche est peu mobile, le sinus est peu profond.

15 mai. — *Chimisme gastrique :*

Acide chlorhydrique libre 0,14

Acide chlorhydrique combiné. . . 0,27

17 mai. — La réaction de Wassermann dans le sang est négative.

Les recherches du sang dans les selles sont négatives.

Examen des crachats : Rien de particulier.

5 juin. — Le malade se cachectise. Fortes douleurs au bras droit, au $\frac{1}{3}$ supérieur de l'humérus, persistance des douleurs costales. Les irradiations faite dans un but analgésique n'ont eu que peu d'action. Depuis cette époque le malade continue à se cachectiser ; les douleurs s'aggravent et l'on est obligé de recourir aux injections de pantopon et de morphine d'une façon continue.

12 août. — Exitus.

Autopsie : Nous donnons ci-dessous le protocole de l'autopsie. Celle-ci fut faite à l'Institut Pathologique sous la direction du Professeur ASKANAZY, que nous remercions d'avoir bien voulu nous confier ses dossiers.

Cicatrice opératoire de l'extirpation d'un carcinome du sein droit. Métastases d'un carcinome squirreux dans les plèvres pariétales, dans les lobes inférieures des poumons, dans les côtes des deux côtés, dans la surrenale droite, dans l'humérus droit.

Métastases dans les ganglions médiastinaux et mésentériques.

OBSERVATION II (H. Kummer). — Homme âgé de 45 ans, robuste : entré dans le service du Professeur KUMMER le 14 octobre 1919 pour une grosseur du sein droit. Rien de particulier à signaler dans ses antécédents. La tumeur a été remarquée par le malade une année avant son entrée à l'hôpital. Ressantant une gêne provoquée par sa bretelle au sein droit il y découvre au niveau du mamelon une tuméfaction molle, indolore, très peu saillante. La tumeur grossit d'abord lentement et ce n'est qu'une semaine avant l'entrée du malade dans le service du Professeur KUMMER qu'elle augmente plus rapidement et prend une teinte violacée ; la malade se décide alors de consulter un médecin qui l'envoie à l'hôpital.

On constate alors une tumeur de la grosseur d'une prune autour du mamelon, de consistance dure et à surface lisse. La tumeur est très mobile sur les plans profonds, et par contre, intimement adhérente à la peau. On palpe quelques petits ganglions axillaires et un ganglion sus-claviculaire. Le Professeur KUMMER extirpe largement la tumeur, fait l'ablation des muscles pectoraux et le curage ganglionnaire axillaire et sous-claviculaire.

L'examen de la pièce est faite à l'Institut Pathologique, le Professeur ASKANAZY pose le diagnostic anatomique de carcinome simple.

Dans les ganglions lymphatiques, pas d'éléments néoplasiques.

En juillet 1920, on constate une récurrence locale qui disparaît par un traitement aux rayons X. En automne de la même année, le malade subit l'énucléation de son œil droit pour un mélanosarcomé de la choroïde.

Au début de 1923, le malade se sent bien et ne présente pas de récurrence.

OBSERVATION III (FINSTERER). — Homme âgé de 60 ans, entre dans le service de chirurgie en juin 1880. Depuis 15 mois le malade est atteint d'une tumeur du sein droit, située près du mamelon. D'abord très petite, de grosseur d'une lentille, cette tumeur augmente ensuite rapidement de volume. Depuis trois mois la tumeur s'ulcère et se ramollit. A l'entrée du malade dans le service on constate: Homme en bon état de nutrition. A niveau du mamelon une ulcération de 5 cm. de longueur et de 3 cm. de largeur et au-dessous une tumeur de consistance cartilagineuse adhérente à la musculature; les ganglions axillaires de la grosseur de noisettes sont durs. Extirpation radicale de la tumeur et du muscle adhérent, nettoyage de la région axillaire.

Le 6 août 1881 le malade meurt atteint d'un carcinome de toute la paroi thoracique antérieure.

OBSERVATION IV (FINSTERER). *Deutsch. Zeitschr. f. Chir.* 1906, Bd. 84, p. 212. — Homme de 24 ans, sellier de profession. Quatre mois avant d'entrer dans le service de chirurgie de l'Université de Vienne, le malade remarque un petit nodule indolore sous le mamelon gauche. Grossissant très lentement au début, le nodule augmente très considérablement de volume les deux derniers mois. Etant sellier, le malade a reçu plusieurs fois des petits chocs sur la poitrine, mais jamais un vrai traumatisme.

Avant l'opération on constate que le sein gauche est proéminent, le mamelon est enfoncé, l'aréole mamelonnaire

est étendu et au-dessous se trouve une tumeur dure, saillante, de grosseur d'un poing, adhérente, mobile avec la musculature thoracique. La tumeur atteignant dans la profondeur la musculature intercostale est largement extirpée en novembre 1905.

En juillet 1906 le malade donne de ses nouvelles ; il est parfaitement bien, pas de récurrence locale ; aucune atteinte ganglionnaire.

OBSERVATION V (FINSTERER). — Homme âgé de 63 ans, commerçant de profession, entre dans la Clinique chirurgicale de l'Université de Vienne le 28 décembre 1893.

Deux ans et demi avant son entrée à l'hôpital, le malade remarque un petit nodule sous le mamelon droit qui continu à croître lentement sans qu'il en soit gêné. Depuis trois mois la tumeur augmente plus rapidement de volume et s'ulcère.

Status d'entrée : Homme en bon état de nutrition. A la place du mamelon droit se trouve une ulcération sans limites régulières et au dessous une tumeur dure, peu saillante, mobile sur la paroi thoracique. Dans la région axillaire quelques ganglions, de la grosseur d'une noisette, durs et indolores. Extirpation de la tumeur et des ganglions axillaires.

Le malade quitte la Clinique, guéri le 6 février 1894.

La première récurrence survient en décembre 1894. Six semaines avant sa rentrée dans le service de chirurgie le malade, se portant jusqu'alors bien, remarque que les ganglions axillaires sont devenus gros.

Status d'entrée : La cicatrice de consistance peu ferme, mobile et fortement pigmentée. Dans le creux axillaire on palpe un ganglion dur de grosseur d'un haricot.

Extirpation de la cicatrice et du ganglion axillaire.

Deuxième récurrence en juin 1895.

On extirpe deux nodules de la grosseur des grains de maïs au niveau de la cicatrice.

Troisième récurrence, en février 1896.

On extirpe quatre noyaux de la grosseur de noisettes, au-dessous de la cicatrice.

En janvier 1817, une nouvelle récurrence au niveau de la cicatrice de la région axillaire. Le malade est toujours en bon état général. Depuis cette époque et jusqu'en août 1898 le malade fait encore quatre récurrences au niveau et autour de la cicatrice avec et sans participation ganglionnaire.

Pendant la récurrence le malade est passablement cachectique, il tousse et crache beaucoup mais il résiste bien à l'intervention.

Le 16 mars 1899 le malade meurt avec le diagnostic : «Cancer».

OBSERVATION VI (KEYSER). — Homme de 48 ans, entre à l'Hôpital dans le service de cancer, le 11 novembre 1896. Douze mois avant, le malade a ressenti une douleur avec démangeaison au niveau du mamelon droit. A l'examen on constate près du mamelon une masse dure, mobile, de dimension d'une petite noix. La peau est adhérente à la tumeur, mais le mamelon n'est pas rétracté.

La tumeur fut excisée le 13 novembre ; la région axillaire n'a pas été touchée. Le malade quitta le service le 1^{er} décembre, complètement guéri.

Le 7 mars, le malade rentre dans le même service et raconte avoir remarqué depuis deux ans une grosseur dans le creux axillaire droit et depuis une année une petite excroissance dans la cicatrice opératoire.

L'augmentation graduelle des deux tumeurs était accompagné de douleurs lancinantes.

L'examen du malade révèle une petite tumeur de la grosseur d'une noisette dans la cicatrice, non adhérente à la peau et une grosse masse mobile dans le creux axillaire. Les deux tumeurs ont été extirpées. Le malade a été perdu de vue après sa sortie de l'Hôpital.

ETUDE CLINIQUE

On considère généralement que le carcinome du sein chez l'homme survient à un âge plus avancé que chez la femme. C'est ainsi que d'après WINIWARTER l'âge moyen des femmes atteintes de cette affection est 45, 3 ans et d'après GULEKE 49, 2 ans. Tandis que l'âge moyen des hommes est, d'après les statistiques de MAIER, FINSTERER, de 55, 2 ans, et dans les neuf cas observés par KAYSER de 61 ans. Chez notre malade le carcinome primitif survient à 57 ans. Mais d'autre part LEAF en se basant sur l'étude de 100 cas conclut que le carcinome du sein chez l'homme survient en moyenne à l'âge de 49, 2 ans. Enfin KAYSER, POULSEN, COLEY observent des carcinomes du sein dans le sexe masculin entre 12 ans et 22 ans. En somme ces quelques statistiques montrent qu'on n'a peut-être pas tout-à-fait raison d'admettre que l'homme a le privilège d'être frappé de cette maladie non seulement moins fréquemment mais aussi à un âge plus avancé. Comme facteurs étiologiques on a invoqué l'hérédité: d'après WINIWARTER cette dernière se retrouve dans 5, 8 % de cas. Le traumatisme paraît jouer d'après certains auteurs un rôle important.¹

Les deux seins se comportent, par rapport à l'atteinte carcinomateuse, différemment chez l'homme et la femme: D'après KEYSER le carcinome mammaire chez la femme est plutôt localisé à gauche. Par contre chez l'homme cet auteur observe sur 11 cas, 8 tumeurs à droite et 3 à gauche. WAGSTAFFE, sur 31 cas observés trouve 16 fois la tumeur à droite, 12 fois à gauche et 3 fois des deux côtés.

¹ *Die Lehre von der Krebskrankheit*, von J. WOLFF, Verlag G. FISCHER, Jena, 1911, p. 1177.

Dans les statistiques de JAMAMOTO et PALERMO (cités par KUMMER) nous trouvons respectivement les chiffres suivants :

294 à droite, 261 à gauche, 20 des deux côtés.

137 » 105 » 9 » » »

En revanche, d'après FINSTERER, il n'y a pas de prédominance à droite ; la tumeur serait localisée dans la même proportion des deux côtés.

La région du sein, la plus souvent atteinte est la partie centrale derrière le mamelon. Cette localisation paraît être élective, comme le montre la statistique de WILLIAMS : chez 11 malades, cet auteur trouve le carcinome :

8 fois central, immédiatement derrière le mamelon ;

1 fois à la partie inférieure et externe ;

1 fois entre le mamelon et le sternum ;

1 fois en haut entre le mamelon et le creux axillaire.

L'évolution de la tumeur est généralement lente. Indolore et très petite au début, c'est le hasard qui fait qu'elle est remarquée du malade. Le médecin n'est consulté que tardivement : lorsque la tumeur a fortement augmenté de volume ou bien à l'occasion d'un accident, tel que l'ulcération, le changement de couleur de la tumeur, comme c'était le cas chez notre malade, ou encore c'est la douleur, qui pousse le malade à se faire soigner.

Un malade de FINSTERER (observation IV) entre à l'hôpital quatre mois après avoir remarqué la tumeur, cette dernière ayant considérablement grossi les deux derniers mois.

Dans les deux autres cas de cet auteur, un malade est conduit à l'hôpital 15 mois après l'apparition de la tumeur qui est ulcérée et ramollie ; le second malade attend 2 ans $\frac{1}{2}$ pour venir à l'hôpital, lorsque la tumeur a considérablement grossi et s'est ulcérée.

Notre malade entre dans le service du Professeur KUMMER 2 ans après le début apparent de l'affection, craignant un abcès du sein et ceci à cause du changement de couleur de la tumeur.

Un malade de WILLIAMS ne s'adresse au médecin que 29 $\frac{1}{2}$ mois après le début de l'affection.

Sur les 13 malades de KEYSER, chez lesquels le moment d'apparition de la tumeur a été noté, le développement le plus long était de 10 ans et le plus court de 3 mois.

C'est le manque de troubles subjectifs, la croissance généralement lente de la néoplasie et l'apparition tardive de l'ulcération qui expliquent ce retard qu'apportent les malades à consulter le médecin.

La douleur vive et profonde n'est en effet, qu'un symptôme rare dans le carcinome primitif et n'apparaît que quand l'affection est très avancée ou quand elle a fait des métastases. Les ulcérations sont plus fréquentes: WAGSTAFFE les note dans plus de la moitié des cas; SCHUCHARDT les signale même dans 60-70 % des cas. Si l'évolution est lente en général, on signale aussi des cas à évolution rapide:

Ainsi FINSTERER observe chez deux de ses malades une évolution de 2 et de 5 mois. Chez un malade de SEITZ la maladie évolue en 6 mois.

Lorsque le malade vient consulter le médecin, le carcinome est généralement bien développé; ses dimensions sont pourtant pas considérables; dans le cas de KEYSER la tumeur est de la grosseur d'une petite noix (observation VI); le malade de KUMMER présente une tumeur de la grosseur d'une prune (observation II), FINSTERER observe un carcinome de la grosseur d'un poing (observation IV).

Chez notre malade la tumeur avait la grosseur d'une petite mandarine. Presque dans tous les cas, la croissance de la tumeur, d'abord très lente, devient à un moment donné, sans causes apparentes, très rapide.

La consistance de la tumeur est dure, cartilagineuse. Elle peut contracter des adhérences avec la peau, d'où la fréquence de la rétraction du mamelon, et avec la musculature; mais généralement elle est mobile sur les parties profondes.

A ce stade d'évolution on constate dans la plupart des cas des ganglions axillaires augmentés de volumes, de consistance dure.

WILLIAMS note une adénopathie axillaire dans le cancer du sein chez l'homme dans la proportion de 63 % ; chez la femme dans 80 %). PIGOT la rencontre à peu près dans la moitié des cas. Par contre, les ganglions sus- et sous-claviculaires seraient d'après FINSTERER, très rares.

Chez le malade de KUMMER (observation 88) il existait un ganglion sus-claviculaire. WILLIAMS et PIGOT en ont aussi observé chacun un cas.

L'état général du malade porteur du carcinome du sein reste généralement bon. PIGOT cite un cas, où la tumeur existant depuis 10—15 ans ne causait aucun trouble. Ce n'est qu'à la période des métastases et après plusieurs récives que la cachexie s'installe : notre malade en présente un exemplaire typique.

DIAGNOSTIC

Les malades se présentent généralement chez le médecin, comme nous l'avons dit, tardivement, lorsque la tumeur est devenue grosse et les ganglions axillaires sont envahis. Le diagnostic est alors facile. La tuberculose qui peut se présenter sous forme d'une tumeur mammaire sera éliminée par les caractères que présenteront les ganglions axillaires : Dans le cancer ils sont durs, isolés et mobiles alors que dans la tuberculose il se présentent avec une consistance molle et des adhérences formant une masse unie.

Les données anamnétiques et l'existence éventuelle de signes de tuberculose dans d'autres systèmes aideront à poser le diagnostic.

Le chancre et les gommes syphilitiques ne seront pas confondus avec le néoplasme, et ceci à cause des antécédents du malade, l'évolution de l'affection et l'époque d'apparition des ganglions. Enfin, le diagnostic différentiel sera à faire avec les tumeurs bénignes du sein, le fibrome et le fibroadénome. Vu la grande rareté de ces derniers chez l'homme il faut en présence d'une petite tumeur penser plutôt au carcinome. D'ailleurs on sait que ces tumeurs bénignes se transforment bien souvent en carcinomes.

TRAITEMENT ET PRONOSTIC

L'extirpation radicale de la tumeur et des ganglions envahis est indiquée, aussitôt le diagnostic posé. Le curage de l'aiselle est indiqué même en l'absence de ganglions palpable.

PIGOT cite deux observations où cette pratique a permis de révéler l'envahissement, envahissement qui n'aurait pu être décelé avant l'extirpation.

Le pronostic immédiat est bon ; les malades quittent leur médecins guéris. Le pronostic éloigné est moins favorable, car les métastases sont très fréquentes : Sur 11 cas opérés dans le service de chirurgie de l'Université de Vienne les récidives sont signalées dans cinq cas (FINSTERER). La durée moyenne de l'affection, dès le début de l'apparition de la tumeur primitive et jusqu'à la mort, était de 51,4 mois. Dans un cas de cet auteur, dont nous rapportons ici l'observation (observation V) les récidives locales sans métastases se sont produites et ont été opérées 7 fois ; la vie du malade a été ainsi prolongée de 5 ans.

D'après la statistique de WILLIAMS les récidives surviennent de 1 mois $\frac{1}{2}$ à 32 mois $\frac{1}{2}$ et en moyenne 9 mois après l'opération. Chez notre malade le carcinome a récidivé environ 4 ans après l'opération.

Dans les récidives le traitement chirurgical est également le traitement de choix.

BIBLIOGRAPHIE

1. FINSTERER. — Zur Pathologie der männlichen Brustdrüse mit besonderer Berücksichtigung der Tumoren. *Deutsch. Zeitschr. f. Chirurgie*, 1906, Bd. 84, p. 203.
 2. KÖNIG. — Zur Statistik und Casuistik der Tumoren der männlichen Brustdrüse. Thèse de médecine, Würzburg, 1902.
 3. KEYSER CH. — Five cases of carcinoma of the male breast. *The Lancet* 1904, p. 1493.
 4. KUMMER R. H. — Deux cas de cancer du sein chez l'homme. *Lyon chirurgical*, 1923, p. 583.
 5. MAYER TH. — Ein Beitrag zur Geschwulstbildung in der männlichen Mamma. Thèse de médecine, Würzburg, 1922.
 6. PIGOT E. — Contribution à l'étude du cancer du sein chez l'homme. Thèse de médecine, Paris, 1898.
 7. WOLFF J. — Die Lehre von der Krebskrankheit. Iena, Verlag von G. FISCHER, 1911.
-